

Universidad Autónoma de Madrid

TRABAJO FIN DE GRADO

Departamento de Enfermería



INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL TRATAMIENTO Y  
PREVENCIÓN DE LA FOBIA SOCIAL

NURSING INTERVENTIONS IN THE TREATMENT AND PREVENTION  
OF SOCIAL PHOBIA.

**Autoras:** Marta Blanco Sánchez

Bárbara Pérez Quejido.

**Tutora:** Matilde Arlandis Casanova

Mayo 2021



## ÍNDICE

<b>1. Introducción</b>	1
1.1. Salud mental	1
1.1.1 Historia de la salud mental	1
1.1.2 Recuperación en salud mental	4
1.2. Trastornos de ansiedad y fobias	6
1.2.1. Fobia social	7
1.2.2 Etiología de la fobia social	8
1.2.3 Prevalencia de la fobia social	9
1.2.4 Manifestaciones de la fobia social	10
1.2.5 Tratamiento de la fobia social	10
1.3. Papel de la enfermera de Salud mental	11
1.3.1 enfermera de salud mental	11
1.3.2 Historia de la enfermera de salud mental	12
1.3.3 Modelo Tidal	13
<b>2. Justificación del tema</b>	14
<b>3. Objetivos</b>	15
<b>4. Metodología</b>	15
<b>5. Resultados</b>	23
5.1 Factores de riesgo en la aparición de la fobia social	23
5.1.1 Familia y fobia social	23
5.1.2 Relaciones entre iguales y fobia social	23
5.1.3 Evaluaciones externas, autoconcepto y fobia social	24
5.1.4 Mutismo selectivo y fobia social	24
5.2 Actuaciones enfermeras en la prevención de la fobia social	24
5.3 la fobia social y otros problemas de salud mental:	26
5.3.1 Adicciones y fobia social	26
5.3.2. Soledad y fobia social:	27
5.3.3 Familia y fobia social:	27
5.3.4 Suicidio y fobia social	27
5.3.5 Baja autoestima y fobia social	28
5.3.6 Rumiación y fobia social:	28
5.4 Actuaciones enfermeras en el tratamiento de la fobia social	28

5.4.1 Abordaje enfermero en las adicciones .....	28
5.4.2 Abordaje enfermero en la soledad.....	28
5.4.3. Intervenciones familiares .....	28
5.4.4. Abordaje enfermero en la baja autoestima .....	29
5.4.5 Abordaje enfermero en la rumiación.....	29
5.4.6 Abordaje enfermero con terapia cognitivo-conductual.....	29
<b>6.Discusión.....</b>	<b>29</b>
<b>7. Conclusiones.....</b>	<b>32</b>
<b>8. Limitaciones del estudio.....</b>	<b>33</b>
<b>9. Futuras líneas de investigación.....</b>	<b>33</b>
<b>10. Agradecimientos .....</b>	<b>34</b>
<b>11. Bibliografía.....</b>	<b>35</b>
<b>12.Anexos.....</b>	<b>43</b>

#### ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla I. Factores de riesgo de la fobia social. Fuente: Arturo Bados, 2011.....	9
Tabla II. Criterios para diagnosticar la fobia social según el DSM-V. Fuente: DSM-V.	10
Tabla III. Objetivos Generales y Específicos. Fuente: Elaboración propia.....	15
Tabla IV. Lenguaje controlado. Fuente: Elaboración Propia.....	15
Tabla V. Estrategias de búsqueda. Fuente: Elaboración propia.....	17
Tabla VI. Diagnósticos enfermeros. NIC. NOC. Fuente: NNN Consult.....	31

#### ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1. Tipos de trastornos de ansiedad. Fuente: DSM-V.....	6
Figura 2. Tipos de fobia. Fuente: DSM-V.....	7

## GLOSARIO DE TÉRMINOS:

OMS - Organización Mundial de la Salud

RPS - Rehabilitación psicosocial

WAPR - Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

DSM - Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders

BOE - Boletín Oficial del Estado

RD - Real Decreto

ATS - Ayudante Técnico Sanitario

FAM-SOTC Intervention - Family Strength-Oriented Therapeutic Conversation Intervention

BAS - Baja Autoestima Situacional

NOC - Nursing Outcomes Classification

NIC - Nursing Intervention Classification

## RESUMEN:

**Introducción:** El concepto de psiquiatría, así como el trato a las personas con problemas de salud mental, ha ido cambiando a lo largo del tiempo dependiendo siempre del marco social y cultural predominante. En el paradigma actual existen diversas patologías mentales dentro de las cuales encontramos los problemas de ansiedad, un espectro muy amplio de enfermedades que incluye, entre otras, la fobia social. El origen de esta patología se puede explicar a través de diferentes teorías y su tratamiento incluye tanto estrategias farmacológicas como no farmacológicas.

**Objetivo:** Describir las intervenciones enfermeras en el tratamiento y prevención de la fobia social.

**Metodología:** Se llevó a cabo una revisión narrativa mediante la búsqueda de información en siete bases de datos: PubMed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Library, Scielo, Lilacs y PsycINFO. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron finalmente 19 artículos.

**Resultados:** Existen factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de la fobia social tales como una mala cohesión familiar, la discriminación entre pares, las opiniones de las personas del entorno, la baja autoestima y el mutismo selectivo.

Por otra parte, se encuentran diversos problemas de salud mental que acompañan a esta patología: adicción a diversas sustancias, riesgo de suicidio, baja autoestima, empeoramiento de las relaciones familiares y la soledad. En referencia a la actuación enfermera destaca la importancia de la detección precoz del trastorno por parte de estos profesionales y la elaboración de diferentes actividades y terapias como la terapia familiar o la cognitivo-conductual.

**Conclusiones:** La fobia social puede presentarse en forma de patología dual acompañada de diversos problemas de salud mental que a su vez actúan también como agravantes de esta patología. La intervención enfermera, a pesar de ser muy eficaz y llevada a cabo en la práctica clínica no aparece representada en la bibliografía existente.

**Palabras clave:** Trastornos fóbicos, Fobia social, Enfermería, Enfermera de Salud Mental, Intervenciones enfermeras, Actividades enfermeras.

## ABSTRACT:

**Introduction:** The concept of psychiatry, as well as the treatment of people with mental health problems, has been changing over the time, always depending on the prevailing social and cultural framework. In the current paradigm there are various mental pathologies within which we find anxiety problems, a very broad spectrum of diseases that includes, among others, social phobia. The origin of this pathology can be explained through different theories and its treatment includes both pharmacological and non-pharmacological strategies.

**General Aim:** To describe the nursing interventions in the treatment and prevention of social phobia.

**Methodology:** A narrative review was carried out by searching for information in seven databases: PubMed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Library, Scielo, Lilacs and PsycINFO. After applying the inclusion and exclusion criteria, 19 articles were finally selected.

**Results:** There are risk factors that can favour the appearance of social phobia such as poor family cohesion, discrimination between peers, opinions of people in their environment, low self-esteem and selective mutism.

On the other hand, there are various mental health problems accompanying this pathology: substance abuse, suicide risk, low self-esteem, deterioration of family relations and loneliness. Concerning nursing intervention, it is remarkable the importance of the early detection of this disorder by these professionals and the devising of different activities and therapies such as family therapy or cognitive-behavioural therapy.

**Conclusions:** Social phobia can be presented in a dual pathology form accompanied by various mental health problems that at the same time also act as aggravating factors of this pathology. Nursing interventions, despite being very effective and being carried out in clinical practice, it is not represented in the existing bibliography.

**Key words:** Phobic disorders, Social phobia, Nursing, Psychiatric nurse, Nursing interventions, Nursing activities.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. SALUD MENTAL

#### 1.1.1 HISTORIA DE LA SALUD MENTAL

De acuerdo con la definición que propone la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) acerca de la salud mental, esta es “un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias habilidades, puede hacer frente al estrés normal de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (1).

A lo largo de la historia el concepto de salud mental ha ido variando según el marco cultural y social de cada época.

En las sociedades mesopotámicas existía una concepción animista o demonológica (2,3) bajo la misma se atribuían las alteraciones mentales y físicas a la posesión de la persona por parte de malos espíritus (4).

Dentro de las sociedades del Antiguo Egipto se desarrollaron varios papiros médicos como el papiro de Ramesseum o el de Turín, siendo el más extenso el papiro de Ebers, escrito sobre el año 1536 a.C. (5). En este último se incluye el tratamiento acerca de patologías relacionadas con enfermedades de origen divino, del abdomen, entre otras (6). Incluyendo la mención a algunas enfermedades mentales como la epilepsia (2).

Durante el tiempo grecorromano hay que hacer mención a algunas figuras relevantes.

En primer lugar, encontramos a Hipócrates, que fue el primero en atribuir las enfermedades a una causa física y no a un castigo divino (7), creando la teoría humoral, según la cual el cuerpo se componía de cuatro sustancias: la sangre, la bilis negra, la bilis amarilla y la flema. Cualquier enfermedad se debía a un desequilibrio de estas. Dicho desequilibrio debía localizarse en alguna parte del cuerpo. En el caso de los problemas de salud mental fue el cerebro (8). Siendo Hipócrates, por lo tanto, el primero en atribuir la personalidad y las anomalías de la misma a este órgano (9).

Tras la derrota de Corinto, se establece el Imperio Romano. En su doctrina médica destaca Aulo Cornelio Celso, el cual enumera 6 enfermedades mentales; letargus,



delirium exmetu, melancolía, cardiacum, frenesí y una dolencia que puede presentar o no alucinaciones (10). Asimismo, utiliza la técnica de la musicoterapia como tratamiento para estas enfermedades (3).

También podemos encontrar al médico romano Galeno de Pérgamo, quien, defiende la existencia de un equilibrio en el individuo entre la sangre y los humores (2). Además, describe dos formas de trastornos melancólicos, una mental y otra somática, y establece una relación entre la histeria y la satisfacción sexual (3,10).

Con la caída del Imperio Romano comienza la Edad Media y el auge del cristianismo. Esta religión regresa a la concepción mesopotámica en la que los problemas mentales se asociaban a posesiones demoníacas. Se inició así una actitud de rechazo ante este tipo de enfermos (2) originando un estigma sobre la salud mental que perdura hasta la actualidad.

A causa de este pensamiento, los enfermos acudían a las instituciones religiosas buscando la salvación de su alma y de esta manera conseguir la curación. Esto dio lugar a la creación de los primeros hospitales psiquiátricos junto a los monasterios (2). En España, el Fray Joan Gilabert Jofré fundó en el año 1409 el primer hospital monográfico para tratar problemas de salud mental, llamado D'Innocents, Folls I Orats De Valencia (3,11).

Tras la toma de Constantinopla por parte de los turcos comienza la Edad Moderna. Durante el principio de este periodo, se mantenía la concepción mesopotámica (2).

Como tratamiento de los trastornos mentales se recurría a la tortura y cremación para así liberar el alma de las posesiones demoniacas (2). De la mano del médico y alquimista Philippus Aureolus Bombast von Honhenheim se establece en el s. XVI la teoría de que los problemas de salud mental no tienen un origen divino sino natural(2).

A lo largo de este periodo, los pacientes psiquiátricos permanecían encerrados en asilos o vagando por las calles.

George Ernst Stahl estableció una división dentro de las enfermedades psiquiátricas; las enfermedades simpáticas, en las que existía alguna afectación de un órgano, y las patéticas, las cuales carecían de patología orgánica (3).

En 1656 se publica en Francia un Edicto en el que se ordena encerrar a todos los enfermos mentales junto a otros grupos discriminados de la población en los llamados

asilos, denominándose esta época como: Gran Confinamiento (2). Estas instituciones junto con las cárceles constituyeron el lugar de reclusión de estos enfermos. Una vez que se ocuparon todas las infraestructuras, era la Iglesia la encargada de encerrar a los enfermos psiquiátricos (12).

Tras la Revolución Francesa se inicia la Edad Contemporánea. En 1800 surge el concepto de psiquiatría científica de la mano de Philippe Pinel, quien considera que los enfermos mentales deberían ser considerados seres humanos. Este a su vez establece una clasificación de las enfermedades psiquiátricas que sirve de base para la explicación de estas (3,10).

En 1828 se promulga en Londres una ley que regula el tratamiento de los problemas de salud mental. Asimismo, la locura se considera una enfermedad de salud mental (9).

Philippe Pinel, como director en el asilo Bicêtre, propuso un experimento consistente en liberar a los “locos” de sus cadenas, obteniendo un exitoso resultado y convirtiéndose en el padre de la psiquiatría moderna, teniendo lugar la segunda revolución psiquiátrica (13).

El psiquiatra Jean-Étienne Dominique Esquirol fue partícipe en la creación en 1838 de la Ley de Alienados por la cual se establecen unas directrices para ingresar a los enfermos en los manicomios (14).

A miras del siglo XIX surge la tercera revolución psiquiátrica, gracias a las ideas de E. Kraepelin, el cual defendía el acercamiento con el paciente. Desarrolló un sistema de psiquiatría descriptiva que actualmente se utiliza para categorizar a los pacientes según su comportamiento (2).

En el siglo XIX, también es destacable la figura de Sigmund Freud, el creador del psicoanálisis, el cual postula que la mente humana tiene un componente inconsciente. Creó la teoría de la personalidad y definió los mecanismos de la defensa del yo (2).

Durante el siglo XX, se produce el mayor desarrollo de la psiquiatría, con las aportaciones de distintos teóricos (2).

Ivan Pavlov realizó experimentos acerca de conductas aprendidas y no aprendidas, siendo especialmente destacable el experimento “El perro de Pavlov” (2), creando así el acondicionamiento clásico (15).

John Watson basándose en el experimento de Pavlov desarrolló la teoría conductista, que estudia los estímulos del ambiente y la respuesta del sujeto ante los mismos (16).

Burrhus Skinner estudió la conducta de los seres humanos en el entorno, conocida como conducta operante (15). Concluyó que las personas elaboran respuestas frente a los estímulos del ambiente, pero también influyen en este (17).

En relación con los psicofármacos y suponiendo la cuarta revolución psiquiátrica en 1952, cabe destacar la efectividad de la Clorpromazina en el tratamiento de la esquizofrenia. El uso de los psicofármacos ha supuesto una de las grandes revoluciones en este campo, tratándose de un componente esencial en el tratamiento de muchas enfermedades de salud mental. A partir de este momento han ido apareciendo un gran número de fármacos útiles para tratar las diferentes patologías psiquiátricas (3).

En la década de los 60, surgió en Inglaterra un movimiento social llamado Antipsiquiatría que defendía la idea de que la enfermedad mental era un mito y el papel de los psiquiatras era la opresión. También estaban en contra del ingreso de los enfermos en instituciones porque dificultaba su posterior adaptación a la sociedad. Esta idea se extendió por numerosos países (2).

#### 1.1.2 RECUPERACIÓN EN SALUD MENTAL

El concepto de recuperación ha ido cobrando diferentes significados y formas según ha avanzado la historia de la salud mental.

En la época de Grecia y Roma los enfermos vivían en sus casas y sus familias se encargaban de ellos debido al gran estigma que sufrían. El tratamiento se enfocaba principalmente en la dieta, la interacción con los demás y el medioambiente (18).

Posteriormente, con la época del gran confinamiento (s. XVII), explicada anteriormente, el tratamiento de los enfermos de salud mental consistía en encerrarles en asilos porque se consideraban una molestia para la población. Asimismo, los cuidados de estos enfermos eran realizados por guardianes o cuidadores en vez de personal sanitario (18). En estos lugares se debían someter a tratamientos como sangrías, tortura o tratamientos eméticos y purgantes (2).

En el siglo XX surgió el concepto de rehabilitación psicosocial (en adelante RPS), dentro de los equipos responsables del trato a los enfermos mentales. Esta rehabilitación es entendida como un conjunto de técnicas aplicadas a los enfermos

para paliar o compensar sus déficits y aumentar sus capacidades psicosociales. También incluía intervenciones sobre el entorno de los individuos (19).

Debido al aumento del número de conflictos bélicos transcurridos durante el siglo XX y por la necesidad del regreso de los individuos a los frentes de batalla, se impulsó el desarrollo de la rehabilitación tanto psíquica como física (18).

A mitad del siglo XX surgen las políticas de desinstitucionalización por las cuales la población de enfermos en los asilos se va reduciendo y se crean servicios comunitarios y de reinserción social (20). Este proceso fue facilitado por el desarrollo de los antipsicóticos (18). En 1986 surge la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (en adelante WAPR) que junto a la OMS elabora un documento en 1996 titulado “Declaración de Consenso WAPR-OMS” (19,20).

En esta declaración se considera la RPS como una estrategia global para obtener el nivel óptimo de funcionamiento y facilitar oportunidades dentro de la comunidad. Para ello, se deben mejorar las habilidades a nivel personal, así como realizar una intervención en el ambiente, produciendo cambios en él. Esto se debe llevar a cabo desde varios niveles de actuación: individual, institucional y social. Se recalca la necesidad de establecer un abordaje multidisciplinar para conseguir los objetivos mencionados con anterioridad (20).

EN 2001, la OMS publica el “Informe sobre la salud en el mundo 2001- Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”, en la cual incluye la salud mental como una parte indispensable dentro del concepto de salud. Considera de mayor importancia el tratamiento orientado hacia un nivel comunitario más que institucional. Este enfoque incluye una educación a la población, adopción de políticas públicas enfocadas a mejorar la atención de este colectivo y mejorar la sensibilidad a los tratamientos (20).

Por otro lado, en 2008 la OMS diseña el Mental Health Gap Action Programme, pretendiendo facilitar la accesibilidad a la atención psiquiátrica y proponiendo nuevos programas de intervención en salud mental aplicables desde la Atención Primaria (20). La recuperación en salud mental es un tema cada vez más reconocido por las sociedades mundiales actuales (19).

## 1.2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y FOBIAS

Según la *North American Nursing Diagnosis Association* (en adelante NANDA) la ansiedad se define como:

“Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.” (21)

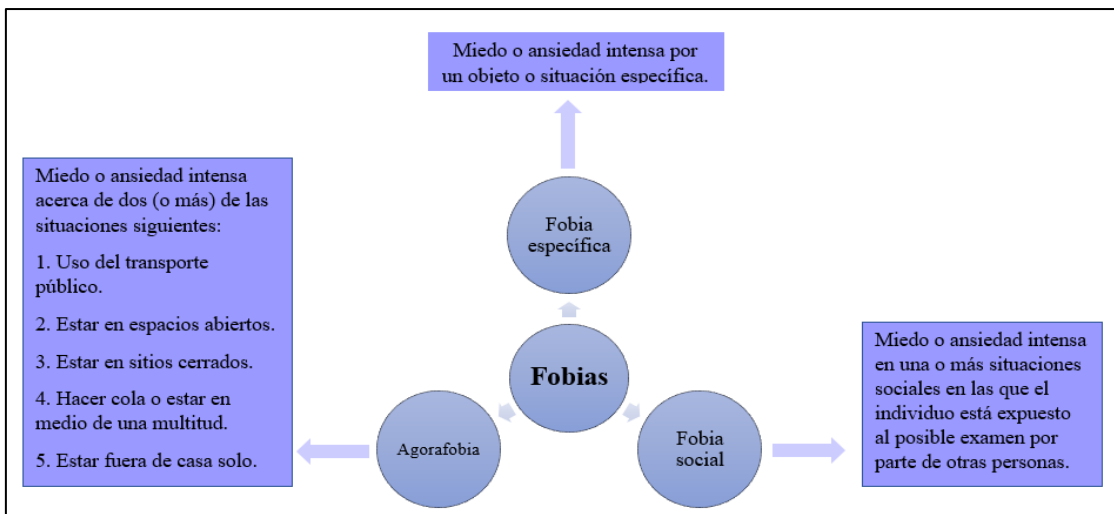
Existen diferentes niveles de intensidad de esta sensación. Según el Inventario de Ansiedad de Beck existen 4 categorías de gravedad de la ansiedad siendo estas: mínima, leve, moderada y grave (22).

Por otro lado, según la Escala de Ansiedad de Hamilton, la misma puede tener tres niveles: no ansiedad, ansiedad leve y ansiedad moderada/grave (23).

Cuando la ansiedad alcanza niveles patológicos puede desencadenar diversos problemas de salud mental (ver figura 1)



**Figura 1. Tipos de trastornos de ansiedad. Fuente: DSM-V. Elaboración propia.**



**Figura 2. Tipos de fobia. Fuente: DSM-V. Elaboración propia.**

A lo largo de esta revisión nos centraremos en el análisis de la fobia social, su historia, origen, tratamiento y papel de la enfermera de salud mental en el mismo.

#### 1.2.1. FOBIA SOCIAL

En el contexto general de la psiquiatría, es a mediados del siglo XIX cuando surge el interés por los trastornos fóbicos. Fue la agorafobia la que dio paso a la catalogación de otras fobias mediante nombres latinos o griegos, acordes al factor u objeto temidos (24).

Morel fue el primero en describir las patologías fóbicas refiriéndose a ellas como delirios emotivos, en el llamado Tratado de Morel donde hace una clasificación consistente de las patologías psiquiátricas con el objetivo de crear un tratamiento adecuado (24,25).

A finales del siglo XIX, Sigmund Freud, en su estudio de la histeria diferencia entre una histeria de conversión y de angustia, sosteniendo que la fobia social es un síntoma de esta última. A partir de este hecho se crean varias ramas de investigación, por un lado, las que apoyan el psicoanálisis, y por otro, las ramas que siguen la vertiente clásica de la psiquiatría. Dentro de estas últimas, surge el concepto de neurosis fóbica, termino que sigue siendo utilizado en los tratados psiquiátricos actuales (24).

Dentro del *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* (en adelante DSM), la primera aparición de la fobia social como trastorno fue en 1980, concretamente en el DSM-III en el que se define como: “miedo persistente a una o más situaciones en las cuales la persona está expuesta a la mirada de los demás y teme que él o ella pueda hacer algo o actuar de una manera que sea humillante o embarazosa” (26).

Como indica el DSM-V la fobia social es un “Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas” (27).

### 1.2.2 ETIOLOGÍA DE LA FOBIA SOCIAL

Todos los seres humanos poseemos cierto grado de ansiedad social, la causa de esto se explica mediante las dos siguientes teorías:

- **Teoría de la preparación biológica:**

Esta teoría defiende que debido a una serie de variables socioculturales y experiencias pasadas que han producido ansiedad en el sujeto (experiencia aversiva), se establecen asociaciones entre el estímulo que ha tenido lugar en la experiencia aversiva y el desarrollo de la ansiedad como consecuencia de este. Siempre que se encuentre con un estímulo igual o similar se desencadenará la misma respuesta ansiosa (28).

- **Teoría de la explicación no asociativa:**

Esta defiende que el ser humano debido a condiciones evolutivas y procesos madurativos es susceptible de presentar miedo ante ciertas situaciones la primera vez que se enfrenta a ellas sin necesidad de que existe un aprendizaje asociativo. Este miedo se va reduciendo cuando el sujeto se expone en varias ocasiones a la situación sin que se desarrolle ningún acontecimiento traumático, esto se conoce como habituación (28).

Sin embargo, puede tener lugar una deshabituación en el sujeto que desencadene una fobia a causa de la exposición del mismo a estresores inespecíficos o por la aparición de trastornos fisiológicos (28).

Teniendo en cuenta las dos explicaciones anteriores cabe destacar que para que esta ansiedad social de lugar a una fobia social es necesaria la interacción de una serie de factores de riesgo tanto biológicos como psicológicos (28).

Factores de riesgo biológicos.	Factores de riesgo psicológicos.
Mayor capacidad innata para detectar las amenazas sociales y mostrar una conducta sumisa ante las mismas.	Padres sobreprotectores, muy exigentes y que dan poco afecto.
Facilidad para la activación fisiológica ante estímulos de baja intensidad y dificultad para disminuir dicha activación.	Falta de habilidades sociales.
Tener familiares de primer grado que padezcan fobia social.	Empleo excesivo de internet.
	Observación de síntomas de ansiedad social en los padres o de habilidades sociales en su entorno.
	Cambios de la situación familiar, laboral, escolar o de residencia.
	Experiencias negativas en las situaciones sociales como burlas, bullying, ataques de pánico etc.
	Asociación del origen de la ansiedad con circunstancias que no son la causa de la misma.
	Desarrollo excesivo de la conciencia pública de uno mismo.

**Tabla I. Factores de riesgo en fobia social. Fuente: Arturo Bados, 2011. Elaboración propia.**

#### **-Teoría biofisiosocial:**

Además de los factores de riesgo explicados anteriormente, en 1988 Barlow desarrolla la teoría biofisiosocial con la que intenta explicar el origen de la fobia social (29).

Este modelo sostiene que los seres humanos somos sensibles a la crítica y a la desaprobación social. Argumenta que hay tres formas de desarrollar una fobia social. En primer lugar, ser biológicamente vulnerable a la ansiedad y tener tendencia a la inhibición social (29).

En segundo lugar, si un sujeto experimenta una situación estresante (una falsa alarma), puede provocar en él un ataque de pánico social repentino, que puede derivar en una ansiedad porque se vuelva a producir dicho ataque en circunstancias similares (29).

En tercer lugar, la experimentación de un trauma social real, que produzca una verdadera alarma, desencadenando ansiedad en el sujeto cada vez que se enfrente a la misma situación o similares (29).

Este modelo también indica la relevancia de los pensamientos negativos que experimenta la persona ante una situación social que incrementan el nivel de ansiedad del sujeto originando los comportamientos fóbicos (29).

#### **1.2.3 PREVALENCIA DE LA FOBIA SOCIAL**

La prevalencia anual de la fobia social a nivel mundial es del 2.8%. Por otro lado, la prevalencia global, padecerlo en algún momento a lo largo de la vida, de este trastorno es



del 4.2% (28). Si nos centramos en Europa la prevalencia anual es del 1.2% y la global del 2.4%, siendo esta patología más común en las mujeres que en los varones (28).

Cabe destacar que a nivel global la fobia social es más frecuente en personal con un nivel socioeconómico bajo que no están casados, que habitan zonas rurales y tienen menos de 60 años (28). Sin embargo, a nivel de España la edad más común para padecer este trastorno es entre los 14 y 17 años, se da más en chicas con un nivel socio económico medio-alto (30).

#### 1.2.4 MANIFESTACIONES DE LA FOBIA SOCIAL

<b>Criterios para diagnosticar la fobia social. DSM-V</b>
La exposición a situaciones sociales desencadena en el sujeto una respuesta instantánea de ansiedad.
Las situaciones sociales y en público se evitan.
La persona teme que lo humillen, avergüencen o rechacen por actuar de una determinada manera o mostrar signos de ansiedad.
El miedo o la ansiedad no son proporcionadas a la amenaza que supone la situación y el contexto social.
Los síntomas anteriormente descritos deben durar seis o más meses.
El miedo, la ansiedad o la evitación provoca un malestar clínico y un deterioro en el ámbito social laboral u otras áreas relevantes para la vida.
Los síntomas anteriormente descritos no son efecto del consumo de una sustancia o de otra afección médica.
El miedo, la ansiedad o la evitación no están provocados ni se explican mejor mediante otro trastorno mental.
Si existe otra afección médica, los síntomas que presenta el paciente no están relacionados con dicha afección.

***Tabla II Criterios para diagnosticar la fobia social según el DSM-V. Fuente: DSM-V. Elaboración propia.***

#### 1.2.5 TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL

Mayoritariamente, este tipo de fobia es temporal, por lo que únicamente requiere tratamiento aquella que produce incapacidad o presenta psicopatología asociada.

Respecto al tratamiento farmacológico, algunos ensayos demuestran la eficacia del uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina, como la Paroxetina (29) siendo estos el tratamiento de primera elección. Asimismo, las benzodiacepinas, la Venlafaxina y la Bupiriona también son efectivas para este tipo de trastorno (30).

En cuanto al tratamiento no farmacológico, el más usado son las terapias cognitivo-conductuales, cuyo objetivo se basa en identificar y combatir las conductas desadaptativas. Por otra parte, la exposición al factor desencadenante de la fobia ayuda a disminuir la ansiedad creada por esta (29,30).

El tratamiento cognitivo conductual en la fobia social consiste en la aplicación de cuatro técnicas posibles:

- Entrenamiento en habilidades sociales con el fin de disminuir el déficit que los pacientes con fobia social presentan (31).
- Enseñanza de técnicas de relajación con el fin de que sean capaces de controlar los episodios de ansiedad que surgen en las situaciones de interacción social (31).
- La exposición progresiva a las situaciones temidas (31).
- La reestructuración cognitiva ayuda al paciente a identificar los pensamientos negativos que presenta antes, durante o después de una situación ansiogénica (31).

Mediante esta técnica se consigue la reducción de los episodios de ansiedad y optimización del control de estos en el caso de que surjan (31).

A la hora de iniciar este tipo de terapia es interesante diferenciar entre fobia social discreta y generalizada. En el primer tipo, la fobia solo se presenta ante una o dos situaciones concretas y el uso exclusivo de exposición progresiva suele ser eficaz, mientras que, en el segundo tipo, la fobia aparece ante cualquier acontecimiento social y el tratamiento, además de la exposición, debería incluir la reestructuración cognitiva y el entrenamiento de habilidades sociales (31).

### 1.3. PAPEL DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL

#### 1.3.1 ENFERMERA DE SALUD MENTAL.

Según el Boletín Oficial del Estado (en adelante BOE): “La enfermera especialista en salud mental es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención especializada en salud mental mediante la prestación de cuidados de enfermería” (32).

Las actividades llevadas a cabo por este tipo de enfermeras se desarrollan tanto a nivel hospitalario y comunitario mediante los centros de salud mental especializados, centros de atención primaria y otras instituciones que realizan actividades rehabilitadoras (32).

El trabajo de las enfermeras se lleva a cabo en todos los niveles de atención (32,33):

- Prevención

- Prevención primaria: El objetivo de la enfermera es evitar que las personas desarrollen trastornos mentales (33).
- Prevención secundaria: El objetivo de la enfermera es la colaboración en la detección precoz de estos trastornos para tratarlos cuanto antes (33).
- Prevención terciaria: En este caso el objetivo de la enfermera es prevenir que las personas con una enfermedad mental desarrollen una discapacidad, así como ayudarles a desarrollar habilidades útiles del día a día (33)
- Tratamiento en la fase aguda de la enfermedad, tanto de forma farmacológica como no farmacológica (33).
- Rehabilitación con el fin de reintegrar al paciente en la comunidad (33).

### 1.3.2 HISTORIA DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL

La profesión enfermera se ha ido desarrollando a lo largo de los años según los acontecimientos históricos. No es hasta mediados del s. XIX que se empieza a desarrollar la enfermería profesional moderna de la mano de Florence Nightingale con la nueva concepción de la salud, de los cuidados, de la comunicación y de la misma profesión enfermera (34,35).

Con relación al campo de la salud mental es destacable a su vez la aportación de Hildergard Peplau, considerada como la “madre de la enfermería psiquiátrica” (34,35,36).

Como se ha mencionado con anterioridad, la aparición de los psicofármacos en 1952 supuso una gran diferencia en cuanto al control de las manifestaciones que alteraban el comportamiento de los enfermos. De esta manera, se produjo un cambio de cuidar a un paciente apartado y alejado de la realidad, a la promoción del establecimiento de relaciones interpersonales (35).

En España, en 1932 surge la titulación de practicante psiquiátrico y enfermera visitadora de higiene mental. En 1939 la enfermería quedó relegada a la Sección Femenina donde predominaba la ideología de la Falange y la religión, sufriendo una involución en la que el enfermo mental recibía un trato autoritario y represivo (37). En 1953 surge la titulación de Ayudante Técnico Sanitario (en adelante ATS) (38) única en España, ya que en el resto de los países seguía usándose el término enfermera.

Posteriormente, en 1955 surge el Patronato Nacional de Asistencia psiquiátrica que se encarga del estudio acerca del trato a los enfermos de salud mental. Este mismo patronato

elaboró la “Guía para auxiliares psiquiátricos” en la que deshecha las titulaciones urgidas en 1932 englobando a enfermeras y practicantes psiquiátricos bajo el termino de auxiliares (37).

Todavía durante el franquismo, en 1970 surge la especialidad de Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico (37).

No es hasta 1977 que la enfermería se integra en la universidad, manteniéndose las especialidades de ATS para los universitarios. Posteriormente, se publicó el Real Decreto (en adelante RD) 992/1987, de 3 de julio, en el cual las especialidades de ATS pasan a ser especialidades enfermeras. Por último, el RD 450/2005, de 22 de abril, publicado en el BOE, regula lo relativo a la especialidad (34).

Actualmente, y según la orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental (32).

### 1.3.3 MODELO TIDAL

Entre los años 1995 y 1998 Phil Barker y Poppy Buchanan-Barker desarrollaron un estudio que tenía como objetivo definir las funciones de la enfermería dentro del trabajo multidisciplinar de la salud mental, así surgió el Modelo Tidal (39).

Teniendo en cuenta que la enfermería tiene como objetivo satisfacer las necesidades del sujeto, este modelo se basa en la experiencia de la persona acerca de su enfermedad. El primer paso es escuchar la narrativa del paciente, para que el sujeto exprese los aspectos de la enfermedad que le resultan más importantes y así trabajar sobre ellos (36,39).

El proceso de cuidados descrito en este modelo atiende tres dimensiones de la persona en las que se deben desarrollar las intervenciones enfermeras (40).

- El dominio del yo: Necesidad de seguridad emocional y física.
- El dominio del mundo: Necesidad de ser comprendido y validar sus percepciones.
- El dominio de otros: Apoyo social que necesita para vivir una vida normal.

Este modelo tiene una metáfora central que dice lo siguiente:

“La vida es un viaje que tiene lugar en un océano de experiencia. Todo el desarrollo humano, incluyendo la experiencia de la enfermedad y la salud, implica descubrimientos realizados en el viaje a través del océano de la experiencia. En los puntos críticos en el viaje de la vida, la persona experimenta tormentas (crisis), o ataques de piratas (asaltos,

violaciones); en otras ocasiones, el buque puede naufragar y la persona puede enfrentar la posibilidad de ahogamiento o naufragio (descomposición) y puede requerir ser guiado a un lugar seguro (puerto) para llevar a cabo las reparaciones o para recuperarse del trauma (rehabilitación). Una vez que la persona ha recuperado el equilibrio necesario, el buque puede zarpar de nuevo, con el objetivo de ponerlo de nuevo en su curso de la vida (recuperación)” (40).

A lo largo de este viaje la enfermera puede actuar como salvavidas, en las fases de crisis, o como faros para guiar el camino dependiendo de las necesidades del paciente (40).

Este modelo considera que la intervención enfermera debe iniciarse lo antes posible (41).

## **2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA**

Según la OMS, la salud se define como: “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (42).

Como enfermeras, consideramos que nuestro principal objetivo es que las personas alcancen el máximo nivel de bienestar posible, actuando sobre aquellos aspectos de su vida que se vean comprometidos en las situaciones que requieren atención sanitaria.

La fobia social es un problema que afecta a los tres factores que condicionan la salud de un individuo: el bienestar físico, mental y social.

Al tratarse de una enfermedad de carácter mental, conlleva una serie de síntomas somáticos derivados de la ansiedad producida ante ciertas situaciones que suponen un malestar físico para la persona que lo sufre.

Por otro lado, las habilidades sociales del individuo se ven asimismo afectadas, lo que ocasiona en muchas situaciones el aislamiento social del mismo.

El papel de la enfermera es imprescindible en la prevención y tratamiento de este problema de salud mental, por lo que estimamos que es especialmente relevante conocer de forma concreta las actuaciones de estos profesionales sanitarios ante estas situaciones.

### 3.OBJETIVOS

Objetivo General	Objetivos Específicos
Describir las intervenciones enfermeras en el tratamiento y prevención de la fobia social.	Determinar los factores de riesgo que favorecen la aparición de la fobia social.
	Enumerar las actuaciones enfermeras en el tratamiento y prevención de la fobia social.
	Identificar los problemas de salud mental derivados de la fobia social.

*Tabla III. Objetivos Generales y Específicos. Elaboración propia.*

### 4. METODOLOGÍA

Con el fin de responder a los objetivos anteriormente planteados y obtener información relevante acerca de la temática principal del trabajo se llevó a cabo una revisión narrativa de los artículos publicados en los últimos diez años.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Library, Scielo, Lilacs y PsycINFO.

Se plantearon los términos de búsqueda y se tradujeron de lenguaje libre a lenguaje controlado (MeSH y DeCS) en español e inglés (Ver tabla IV).

Términos de búsqueda	DeCS		MeSH
	Español	Inglés	
Trastornos Fóbicos	Trastornos Fóbicos	Phobic Disorders	Phobic Disorders
Atención de enfermería	Atención de Enfermería	Nursing Care	Nursing Care
Enfermería	Enfermería	Nursing	Nursing
Enfermera de Salud Mental	-	-	Psychiatric Nursing
Proceso enfermero	Proceso de enfermería	Nursing process	Nursing process
Trastorno de ansiedad	Trastorno de ansiedad	Anxiety disorders	Anxiety disorders
Ansiedad	Ansiedad	Anxiety	Anxiety

Término de búsqueda	DeCs		MeSH
	Español	Inglés	
Soledad	Soledad	Loneliness	Loneliness
Autoimagen	Autoimagen	Self concept	Self concept
Relaciones familiares	Relaciones Familiares	Family relations	Family relations
Afrontamiento	Adaptación psicológica	Adaptation, Psychological	Adaptation, Psychological
Fobia social	Fobia social	Phobia,social	Phobia,social

**Tabla IV. Lenguaje controlado. Elaboración Propia.**

#### **Criterios de inclusión:**

- Todos los artículos publicados entre 2010 y 2020, incluyendo aquellos artículos anteriores que sean interesantes para esta investigación.
- Todos aquellos artículos que traten de los problemas de salud mental relacionadas con la fobia social.
- Artículos acerca de las actividades enfermeras en el tratamiento de la fobia social.
- Artículos escritos en inglés y español.
- Publicaciones que contengan *Abstract*.
- Documentos cuyo texto completo sea de acceso gratuito.

#### **Criterios de exclusión:**

- Artículos publicados antes del 2010.
- Documentos que versen acerca de otros problemas de salud mental diferentes a la fobia social y/o las complicaciones derivados de la misma.
- Artículos en otros idiomas distintos al inglés y al español.
- Publicaciones en las que el *Abstract* no esté disponible.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados	Eliminación de artículos repetidos	Selección tras lectura del abstract	Selección tras lectura del artículo
Pubmed	("Phobia, Social"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh] Filters: Abstract, in the last 10 years, English, Spanish	5	0	1	1
	("Phobia, Social"[Mesh]) AND "Family Relations"[Mesh] Filters: Abstract, in the last 10 years, English, Spanish Sort by: Most Recent	9	0	4	3
	("Phobia, Social"[Mesh]) AND "Self Concept"[Mesh] Filters: Abstract, in the last 10 years, English, Spanish	64	0	3	2
	("Phobia, Social"[Mesh]) AND "Adaptation, Psychological"[Mesh] Filters: in the last 10 years, English, Spanish Sort by: Most Recent	18	1	7	6
	"Phobia, Social"[Mesh]) AND ("Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing Process"[Mesh]) Filters: Abstract, in the last 10 years, English, Spanish	0	0	0	0
CUIDEN	([cla=Fobias])AND(([cla=Cuidados])AND ([cla=Enfermería]))	3	0	0	0
	[cla=Fobias] AND [cla=Enfermería]	7	0	1	0



Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados	Eliminación de artículos duplicados	Selección tras lectura del abstract	Selección tras lectura del artículo
CUIDEN	([cla=Autoconcepto])AND([cla=Enfermería])	5	0	1	1
	([cla=Soledad])AND([cla=Enfermería])	7	0	0	
	((([cla=Enfermería])OR([cla=Enfermería psiquiátrica]))AND((([cla=Atención familiar])OR([cla=Asesoramiento familiar]))	20	0	0	
	([cla=Afrontamiento])AND([cla=Enfermería])	108	0	0	0
	([cla=Adicciones])AND([cla=Atención de enfermería])	68	0	0	0
CINAHL	( psychiatric nursing or mental health nursing ) AND ( social phobia or social anxiety or social anxiety disorder ) Limitadores - Fecha de publicación: 20100101-20191231	11	1	3	2

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados	Eliminación de artículos duplicados	Selección tras lectura del abstract	Selección tras lectura del artículo
CINAHL	( nursing care or nursing interventions or nursing assessment or nurses or nursing management ) AND ( loneliness or social isolation or social exclusion or lonely ) AND ( social phobia or social anxiety or social anxiety disorder ) Limitadores - Resumen disponible; Fecha de publicación: 20100101-20201231 Especificar por Language: - spanish	19	0	0	0
	( nursing care or nursing interventions or nursing assessment or nurses or nursing management ) AND ( self-concept or self-worth or self perception or self esteem ) AND ( social phobia or social anxiety or social anxiety disorder ) Limitadores - Fecha de publicación: 20100101-20191231 Especificar por Language: - english	9	0	1	1

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados	Eliminación de artículos duplicados	Selección tras lectura del abstract	Selección tras lectura del artículo
CINAHL	( nursing care or nursing interventions or nursing assessment or nurses or nursing management ) AND therapeutic communication AND ( family relationships or family relations or family dynamics or family functioning )  Limitadores - Resumen disponible; Fecha de publicación:20100101-20191231 Especificar por Language: - english	13	0	1	1
	( psychiatric nursing or mental health nursing ) AND ( adiction or substance abuse or alcohol abuse ) Limitadores - Resumen disponible; Fecha de publicación:20100101-20201231 Especificar por Language: - english	134	5	3	0
Scielo	fobia social AND enfermería Filtros aplicados: (Idioma: Español)  (Idioma: Inglés) (Año de publicación: 2011) (Año de publicación: 2016)	2	0	0	0
Psycinfo	(DE "Social Phobia") AND (DE "Psychiatric Nurses")	1	0	1	0

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados	Eliminación de artículos duplicados	Selección tras lectura del abstract	Selección tras lectura del artículo
Psycinfo	((DE "Social Phobia")) AND DE "Loneliness") Limitadores - Año de publicación: 2010-2021	7	1	1	1
	(DE "Social Phobia") AND (DE "Family Relations") Limitadores - Año de publicación: 2010-2017	3	0	1	0
	(DE "Social Phobia") AND ( (DE "Self-Perception")) OR (DE "Self-Concept")) AND (DE "Psychiatric Nurses") Limitadores - Año de publicación: 2010-2020	16	0	1	1
Lilacs	phobia [Words] and nursing[Words]	7	0	0	0
Cochrane	"social phobia" in Title Abstract Keyword AND "self-concept" in Title Abstract Keyword	27	0	1	0
	"social phobia" in Title Abstract Keyword AND "loneliness" in Title Abstract Keyword	3	0	0	0

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Result ados	Eliminación de artículos duplicados	Selección tras lectura del abstract	Selección tras lectura del artículo
Cochrane	social phobia AND nursing in Title Abstract Keyword	13	1	3	0
<b>Total</b>		<b>579</b>	<b>9</b>	<b>33</b>	<b>19</b>

***Tabla V. Estrategias de búsqueda. Elaboración propia***

Tras la lectura del *Abstract* de los artículos obtenidos con las anteriores estrategias de búsqueda se realizó una primera criba en la cual se seleccionaron 33 artículos. Después de la lectura completa de los mismos se efectuó una segunda criba siendo el número final de 19 artículos (Ver Anexo 1).

## 5. RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras la lectura de los 19 artículos seleccionados se han organizado en cuatro categorizaciones.

### 5.1 FACTORES DE RIESGO EN LA APARICIÓN DE LA FOBIA SOCIAL

Se ha considerado estructurar este apartado en cuatro subcategorizaciones de acuerdo con los temas más recurrentes en la bibliografía encontrada.

#### 5.1.1 FAMILIA Y FOBIA SOCIAL

Según Ebru Akün (43), tanto el comportamiento materno y paterno tiene una influencia sobre el desarrollo de la fobia social en los niños. Según los roles asignados por la sociedad, la figura materna es la encargada de proporcionar cuidados y cariño, mientras que el deber de la figura paterna está relacionado con la enseñanza de independencia (43).

Partiendo de esta base, el riesgo de desarrollar fobia social en la edad adulta está relacionado, por un lado, con un rechazo, humillaciones o agresiones por parte de la madre que producen un sentimiento de inadaptación y baja autoestima en el niño. Y por otro, con una sobreprotección por parte del padre. (43,44). El sentimiento de sobreprotección es diferente con relación al género. Mientras que, hacia las mujeres, el nivel de sobreprotección es mayor ya que los padres consideran este sentimiento justificado. Hacia los hombres la sobreprotección es menor, generando un menor nivel de ansiedad, siendo este sentimiento considerado como una señal de asertividad y confianza por parte de los padres, más que una conducta restrictiva (44).

De acuerdo con lo expuesto por Yi-Le Wu et al (45), el riesgo de desarrollar fobia social aumenta en niños con problemas familiares tales como la falta de cohesión familiar (46). La unión de dichos problemas con la presencia a su vez de factores socioeconómicos, culturales o ambientales produce un incremento de este riesgo (45,46).

#### 5.1.2 RELACIONES ENTRE IGUALES Y FOBIA SOCIAL

Según Alice R. Norton y Maree J. Abbott (47) haber vivido un acontecimiento social traumático aumenta el riesgo de padecer fobia social. Dentro de estos acontecimientos, se ha observado que el más prevalente es la discriminación entre pares, siendo este el factor de riesgo más relevante en el desarrollo de este problema de salud mental. En muchas ocasiones, el riesgo producido por esta discriminación se ve agravado por una mala gestión de esta por parte de los padres y de las escuelas.

En cuanto a lo descrito por Cynthia Suveg et al (48), la discriminación entre pares está acompañada en muchas ocasiones de un sentimiento de soledad, que también favorece la aparición de esta fobia.

#### 5.1.3 EVALUACIONES EXTERNAS, AUTOCONCEPTO Y FOBIA SOCIAL

Tanto las evaluaciones positivas y negativas por parte del entorno hacia la persona son un factor de riesgo para el desarrollo de la fobia social (49).

En relación con las evaluaciones negativas (49), los sujetos presentan una gran preocupación ante la aparición de una crítica por parte de los otros tras un acontecimiento social.

Por otro lado, respecto a las evaluaciones positivas, el sujeto experimenta un temor a no cumplir con las expectativas generadas acerca de él o a que las posteriores evaluaciones sean negativas (49).

Este temor les conduce a la existencia de percepciones negativas acerca de las interacciones sociales produciendo tendencias evitativas ante las mismas. (49)

En relación con el autoconcepto y de acuerdo con lo propuesto por Yi-Le Wu et al (45), la baja autoestima constituye un elemento determinante en el desarrollo de esta patología.

#### 5.1.4 MUTISMO SELECTIVO Y FOBIA SOCIAL

Según Heather L. Smith-Schrandt y Erin Ellington (50), el mutismo selectivo que experimentan algunos niños durante su infancia es considerado la antesala a la fobia social, ya que les impide desarrollar las habilidades sociales acordes a su etapa del desarrollo.

En el supuesto de no desarrollar un manejo temprano de este problema, no se conseguirá el establecimiento de relaciones sociales adecuadas derivando no solo en el problema de fobia social si no en el posible desarrollo de otros trastornos mentales como trastornos de la personalidad (50).

#### 5.2 ACTUACIONES ENFERMERAS EN LA PREVENCIÓN DE LA FOBIA SOCIAL

El diagnóstico precoz de este problema de salud mental favorece un abordaje temprano del mismo y dificulta su agravamiento, así como el surgimiento de otras enfermedades de salud mental (45,50).

De acuerdo con lo expuesto por Emel Sezici et al (51), el papel de las enfermeras es esencial para la prevención de la fobia social. Teniendo en cuenta que en muchas ocasiones los niños se comunican mediante el juego y que la etapa infantil es cuando se comienza a manifestar la fobia social, este estudio propone la intervención enfermera de juego terapia o terapia de juego. Mediante el uso de materiales como platos de plástico, soldados de juguetes y *play dough* (plastilina) entre otros, se realizaron juegos con niños de entre cuatro y cinco años sin problemas específicos para comunicarse.

Finalmente, se demostró que el uso de este tipo de terapia por parte de los profesionales de enfermería es muy eficaz para afrontar algunos de los factores de riesgo anteriormente mencionados para la aparición de la fobia ya que mediante esta intervención se desarrollan las habilidades de comunicación, la resolución de problemas, las estrategias de afrontamiento y se produce un aumento de la autoestima (51).

Por otro lado, según Heather L. Smith-Schrandt y Erin Ellington (50) para tratar el mutismo selectivo y de esta manera prevenir la aparición de la fobia social la enfermera puede desarrollar intervenciones como la terapia cognitivo-conductual, siendo esta el tratamiento de primera elección para esta patología. En este caso dicha terapia consistiría en una exposición gradual y sistemática a diferentes situaciones temidas y en un entrenamiento que implique tanto a la familia como al profesorado.

Cabe destacar que también se pueden llevar a cabo otras intervenciones como enseñar técnicas de relajación y estrategias de afrontamiento, el uso del juego la tecnología y psicofármacos en casos específicos. En todo momento la enfermera deberá involucrar a la familia en estos procedimientos ya que, como se ha explicado anteriormente, la unidad familiar desempeña un papel fundamental en el surgimiento de la fobia social (51).

Según Alicia Diaz-Martín y Óscar González Carpio-Paredes (52) la enfermera es una figura esencial para la detección y diagnóstico de la baja autoestima situacional. Para realizar un correcto abordaje de este problema, los profesionales de enfermería deben trabajar tanto en las habilidades de comunicación con los pacientes como en los conocimientos psicosociales. Se ha observado que existe una dificultad por parte del personal enfermero para realizar un seguimiento de este diagnóstico, pero que cuando este se realiza el resultado es positivo, aumentando la autoestima del paciente.



### 5.3 LA FOBIA SOCIAL Y OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL:

En relación con esta categorización se ha considerado oportuno analizar las siguientes subcategorizaciones.

#### 5.3.1 ADICCIONES Y FOBIA SOCIAL

Se ha demostrado en diversos artículos (53,54,55,56) que las personas que padecen de fobia social tienen tendencia a desarrollar diferentes adicciones que se desarrollaran a continuación:

##### 5.3.1.1 TABAQUISMO:

Siguiendo las palabras de Noreen L. Watsona (53) et al, las personas que presentan fobia social refieren la sensación de que la ansiedad y los sentimientos negativos que se originan en ellos durante las interacciones sociales disminuyen cuando consumen tabaco. Esto origina que cada vez que se produce una situación de socialización la persona experimente un gran antojo de tabaco, lo que lleva a un mayor consumo de esta sustancia para afrontar los síntomas de la enfermedad.

Por otro lado, si la persona con este problema de salud mental consigue abandonar el hábito de fumar siempre tendrá mayor riesgo de recaer en el mismo debido a la necesidad que surgirá cada vez que se tenga que enfrentar a una situación social (53).

Centrándonos en el periodo de la adolescencia, época clave en la que se desarrolla la fobia social, cabe destacar que según Renee Cloutier et al (54) los adolescentes se encuentran en un periodo de desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento para el estrés. Para conseguir esto en muchas ocasiones se basan en las desarrolladas por sus pares. Esto lleva a una imitación de sus comportamientos como puede ser el consumo de tabaco. Por lo que, aunque en un primer momento el consumo no es originado por la fobia social, cuando son conscientes de que fumar disminuye la ansiedad ante las situaciones sociales y aumenta sus mecanismos de afrontamiento, aquellos que padecen fobia social, comienzan a hacerlo con el fin de paliar los efectos de este problema de salud mental.

##### 5.3.1.2 CONSUMO DE MARIHUANA:

De acuerdo con la evidencia encontrada, el consumo de marihuana en adolescentes que padecen fobia social se ve aumentado. En un primer momento los motivos para iniciar el contacto con esta droga no están relacionados con una disminución de los síntomas producidos por la fobia social, ya que, al igual que el consumo de tabaco, lo hacen por imitación de sus pares. Hasta que observan un efecto positivo en la reducción de los

síntomas anteriormente nombrados, momento en el que el consumo se realiza con este objetivo (55).

#### 5.3.1.3 ALCOHOLISMO:

En consonancia con lo estudiado por Julia D. Buckner et al (56) las personas con un nivel elevado de fobia social aumentan el consumo de alcohol durante las situaciones sociales porque lo consideran un mecanismo para aumentar las sensaciones positivas derivadas de estas.

Además, este consumo les produce una disminución en las sensaciones negativas experimentadas durante la socialización, convirtiéndose en una estrategia de afrontamiento frente a las mismas.

#### 5.3.1.4 ADICCIÓN A NUEVAS TECNOLOGIAS:

Según Asli Enez Darcin et al (57), las personas que sufren de fobia social realizan un uso excesivo de los *smartphones*, ya que de esta manera evitan la interacción social en persona y todas las sensaciones negativas que esta les conlleva.

Con el objetivo de usar estos dispositivos para establecer relaciones sociales y disminuir la soledad producida por la propia fobia social, se genera una adicción a los mismos que lejos de mejorar estos problemas, los aumentan (57).

#### 5.3.2. SOLEDAD Y FOBIA SOCIAL:

De acuerdo con Cynthia Suveg et al, la fobia social conlleva un aumento del sentimiento de soledad en las personas que la sufren. Esta soledad a su vez exacerba los síntomas de ansiedad pudiendo desencadenar una depresión (47) y originando otros problemas como la adicción anteriormente explicada.

#### 5.3.3 FAMILIA Y FOBIA SOCIAL:

En relación con lo expuesto por Amy M. Rapp et al (58) la fobia social también tiene repercusión dentro de las relaciones intrafamiliares disminuyendo la cohesión existente entre los miembros de la unidad doméstica.

#### 5.3.4 SUICIDIO Y FOBIA SOCIAL

El suicidio y las ideas suicidas se ven aumentados en personas que presentan fobia social, ya que problemas originados por esta patología, tales como la falta de cohesión familiar y la soledad que deriva en depresión, favorecen la ideación e intentos autolíticos (48,57).

### 5.3.5 BAJA AUTOESTIMA Y FOBIA SOCIAL

Según Lusía Stopa et al (58) la fobia social genera un bajo nivel de autoconocimiento y autoestima. Esto origina que las personas con este problema de salud mental presenten pensamientos negativos acerca de sus capacidades para establecer relaciones sociales y conseguir los objetivos sociales marcados por ellos mismos, lo cual los lleva a desarrollar las creencias de que sus relaciones sociales tendrán resultados negativos.

### 5.3.6 RUMIACIÓN Y FOBIA SOCIAL:

Mediante el uso de la escala *Ruminative Responses Scale* en pacientes que sufren fobia social Stanley Seah et al (59) vieron que la rumiación es un aspecto que aparece con mucha frecuencia en este tipo de pacientes y que además esta generado en muchas ocasiones por el hecho de evitar las situaciones que requieran interacción social.

## 5.4 ACTUACIONES ENFERMERAS EN EL TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL

De acuerdo con los problemas de salud mental que pueden desarrollarse a través de la fobia social, se han encontrado distintos artículos que tratan sobre el posible abordaje enfermero de los mismos.

### 5.4.1 ABORDAJE ENFERMERO EN LAS ADICCIONES

Como se ha mencionado con anterioridad, el consumo del alcohol en personas que sufren de fobia social se debe a una intención de disminuir las sensaciones negativas. En base a esto, Julia D. Buckner (55) et al proponen un tratamiento basado en la enseñanza de estrategias de afrontamiento ante la ansiedad causada por las situaciones sociales para que, de esta manera, estas sensaciones no se produzcan evitando así el consumo de alcohol.

### 5.4.2 ABORDAJE ENFERMERO EN LA SOLEDAD

Según los hallazgos encontrados por Cynthia Suveg et al (48), frente a la soledad es primordial que las intervenciones se basen en una mejora del desarrollo de las habilidades sociales.

### 5.4.3. INTERVENCIONES FAMILIARES

La *Family Strength-Oriented Therapeutic Conversation Intervention* (en adelante FAM-SOTC Intervention), consiste en 2 o 3 conversaciones con una duración de entre 20 y 60 minutos, entre la enfermera de salud mental y los familiares de un paciente con problemas

de salud mental, en las que se incluyen técnicas cognitivas y emocionales basadas en la evidencia (60).

El estudio realizado por Eydis Kristin Sveinbjarnardottir y Erla Kolbrun Svavarsdottir (60) demuestra que la FAM-SOTC Intervention mejora la cohesión y conexión familiar ya que anima a compartir las historias de los enfermos y aumentar la resiliencia.

Cabe destacar, que este fortalecimiento de las relaciones familiares favorece el proceso de recuperación del enfermo (60).

#### 5.4.4. ABORDAJE ENFERMERO EN LA BAJA AUTOESTIMA

De acuerdo con lo expuesto por Hannah Lee et al (61), para paliar la fobia social se deben emplear tanto estrategias de afrontamiento para disminuir la ansiedad como intervenciones que aumenten la autoestima y el autoconcepto en el paciente. Dichas intervenciones se pueden basar en la terapia cognitivo-conductual.

#### 5.4.5 ABORDAJE ENFERMERO EN LA RUMIACIÓN

T. H. Stanley Seah et al (59) defiende la importancia de implementar intervenciones basadas en la diferenciación de emociones negativas para, de esta manera, en el caso de producirse una situación adversa, el paciente no presente conductas desadaptativas y así no se produzcan los ciclos repetitivos de rumiación.

#### 5.4.6 ABORDAJE ENFERMERO CON TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

En el estudio realizado por Alison Welfare-Wilson and Amy Jones (62) las enfermeras de salud mental llevan a cabo 3 talleres específicos con personas que presentan problemas de salud mental con el objetivo de mejorar sus habilidades cognitivo-conductuales. Los resultados muestran un descenso en los niveles de ansiedad en los pacientes, clasificando la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual como las terapias más eficaces. Por otro lado, los participantes de este estudio encontraron los talleres de enseñanza de estrategias de afrontamiento especialmente efectivos.

## 6.DISCUSIÓN

Cuando una persona nace requiere de un entorno y una estructura donde formarse como ser humano, es decir, un lugar donde comenzar a desarrollar el lenguaje, las habilidades sociales, los sentimientos etc. Para evitar así el surgimiento de problemas de salud mental, como puede ser la fobia social.

En un primer momento el entorno en el que tiene lugar este proceso es la familia, por ello es muy importante que esta sea negentrópica.

A medida que el ser humano crece, la estructura social que influye sobre su desarrollo va cambiando. Después de la familia, por lo tanto, nos encontramos con los pares, como los compañeros del colegio. La actitud de estas personas, así como su conducta repercute de manera directa sobre el sujeto. Es muy importante la aceptación por parte de los pares como factor protector frente al desarrollo de la fobia social. Este deseo de aceptación puede llevar a que la persona imite conducta desarrolladas por sus compañeros como, por ejemplo, el consumo de sustancias tales como alcohol o tabaco que lleguen a convertirse incluso en un medio para conseguir una socialización satisfactoria y exenta de complicaciones.

Si el individuo no cuenta con alguna de las estructuras anteriormente nombradas, o las mismas son defectuosas, pueden aparecer vacíos en la construcción del sujeto, entendidos como, por ejemplo, la falta de habilidades para relacionarse con los demás, la soledad, o las concepciones negativas sobre uno mismo.

Para afrontar estas sensaciones, la persona puede recurrir a las nuevas tecnologías como los *smartphones*, dispositivos de fácil acceso en la actualidad, refugiándose en ellos para evitar el rechazo que le produce el mundo exterior en el que se ve sola y sin recursos para desenvolverse. Esta conducta, lejos de ayudarle a solucionar la problemática, la agrava convirtiéndose en un factor que a su vez es consecuente y causante de la soledad y la fobia social, empeorando los vacíos anteriormente nombrados.

Cuando estos vacíos se ven aumentados y la persona se encuentra falta de recursos de apoyo, ya que su familia no tiene las herramientas suficientes para ayudarle y los pares lo discriminan o directamente no le conocen, puede aparecer la fobia social en forma de patología dual acompañada, normalmente, de depresión y baja autoestima. Esto da lugar a mecanismos de afrontamiento ineficaces, para liberarse de las sensaciones negativas, como pueden ser las autolesiones o los intentos autolíticos.

La enfermera, como profesional de la salud mental, debe ser capaz de hacer una detección precoz de dicha fobia y de los factores de riesgo, actuando sobre ellos mediante diferentes terapias como puede ser la terapia cognitivo conductual o la FAM-SOTC Intervention, anteriormente nombrada. Asimismo, tras el análisis de la bibliografía encontrada y con el

objetivo de dar respuesta a la pregunta de investigación se ha desarrollado una clasificación de las etiquetas diagnosticas enfermeras más prevalentes en la fobia social, así como los resultados enfermeros, “*Nursing Outcomes Classification*” (en adelante NOC), y las respectivas intervenciones enfermeras, “*Nursing Intervention Classification*” (en adelante NIC). (20,62)

[00069] Afrontamiento ineficaz		
NOC	Indicadores	NIC
[1302] Afrontamiento de problemas.	Refiere disminución de estrés. Adopta conductas para reducir el estrés.	[5230] Mejorar el afrontamiento.
[1903] Control del riesgo: consumo de alcohol. [1904] Control del riesgo: consumo de drogas. [1906] Control del riesgo: consumo de tabaco.	Controla el entorno para identificar factores que fomentan el abuso de alcohol, tabaco y/o cannabis. Desarrolla estrategias efectivas de control del consumo de alcohol, tabaco y/o cannabis.	[5510] Educación para la salud. ,
[00150] Riesgo de suicidio		
NOC	Indicadores	NIC
[2603] Integridad de la familia.	Los miembros manifiestan lazos fuertes con la familia.	[7100] Estimulación de la integridad familiar.
[1203] Severidad de la soledad.	Sensación de aislamiento social. Dificultad para establecer contacto con los demás.	[4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales.
[00052] Deterioro de la interacción social		
NOC	Indicadores	NIC
[1502] Habilidades de interacción social.	[150212] Se relaciona con los demás.	[4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales

[00148] Temor		
NOC	Indicadores	NIC
[1404] Autocontrol del miedo.	Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.	[6040] Terapia de relajación. [5230] Mejorar el afrontamiento.
[1216] Nivel de ansiedad social.	Evita situaciones sociales. Disconfort durante los encuentros sociales. Preocupación por la opinión de los demás después de los encuentros sociales.	

**Tabla VI. Diagnósticos enfermeros. NIC. NOC. Fuente: NNN Consult. Elaboración propia.**

## 7. CONCLUSIONES

Con relación a los factores de riesgo encontrados y a la posible actuación sobre ellos cabe destacar la importancia de la detección precoz de los mismos para así prevenir la aparición de la fobia social. La enfermera, al ser uno de los primeros contactos del paciente con el sistema sanitario, tiene un papel fundamental al respecto que, si bien es llevado a cabo en la práctica clínica, no se ve reflejado en la bibliografía consultada.

La fobia social se suele presentar como patología dual junto con los problemas de salud mental como adicciones, soledad o suicidio. Algunos dan lugar a un círculo de retroalimentación convirtiéndose en factores agravantes y consecuencias de la propia enfermedad.

Por último, remarcar que la enfermera especialista en salud mental tiene la capacidad de realizar una gran cantidad de actividades complementarias al tratamiento farmacológico, como la terapia cognitivo-conductual (62), que ayudan a aumentar la calidad de vida del paciente y a paliar los efectos negativos de la fobia social, por ello se considera relevante la presencia de la misma en el centro de atención primaria, para disminuir la carga de trabajo de los centros especializados y agilizar la asistencia. De nuevo, nos encontramos en la tesitura de que la labor enfermera en el ambiente asistencial no se ve reflejada en la literatura

Esta falta de artículos acerca del trabajo enfermero puede llevar a una concepción equivocada de la misma por parte de otros sanitarios y de la población en general que continúan considerando que la enfermera es dependiente del médico, sobre todo en el

ámbito hospitalario, sin tener en cuenta los cuidados y actividades independientes llevados a cabo por los profesionales enfermeros.

## **8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El desarrollo de este trabajo se ha visto dificultado por la existencia de las siguientes limitaciones.

En primer lugar, la mayor parte de la evidencia versa acerca de la fobia social y lo que se conoce de este problema de salud mental, pero en ella no se incluyen planes de enfermería que puedan ser llevados a cabo por este profesional para mejorar dicha patología.

Por otro lado, no se podía acceder de forma gratuita ni mediante el préstamo interbibliotecario a algunos de los artículos encontrados, esto origina que no se haya podido consultar toda la bibliografía deseada.

Además, la mayoría de los artículos trataban acerca de la población infanto-juvenil por lo que los resultados obtenidos presentan un sesgo de edad.

Por último, destacar que únicamente un estudio se realizó en España, lo que muestra la escasa investigación acerca de este problema de salud mental en nuestro país.

## **9. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

Este trabajo se ha realizado con la intención de continuar el estudio de este problema de salud mental en el máster universitario para proseguir con esta línea de investigación.

Por otro lado, consideramos necesario que los futuros estudios versen acerca del papel de la enfermería en la prevención y tratamiento de este problema incluyendo la realización de planes de cuidado cuya eficacia haya sido comprobada previamente.

Asimismo, tras analizar el papel esencial que tiene la familia en el desarrollo de esta patología, se estima oportuno el estudio de la inclusión de la familia en las actividades destinadas a paliar la fobia social.

Por último, planteamos la realización de estudios que hablen sobre la relevancia que tiene la enfermería en el abordaje de la fobia social en particular y de los problemas de salud mental en general, recalcando lo importante que es la existencia de la figura de enfermera especialista en salud mental, así como su reconocimiento para dar una atención de calidad.



## **10. AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, dar las gracias a todas las docentes que nos han acompañado y enseñado el valor de la enfermería. Un agradecimiento especial a nuestra tutora Matilde Arlandis por apoyarnos y guiarnos en la realización de este trabajo. Su acompañamiento ha sido esencial para el resultado del mismo.

Gracias a nuestras familias, por darnos la fuerza y la motivación para cumplir nuestro sueño. A nuestros compañeros de la universidad “Churumbelis”, por hacer de estos 4 años un periodo inolvidable, gracias por todos los llantos, risas y momentos especiales.

Por último, gracias a nuestros amigos y parejas por animarnos, entendernos y confiar en nosotras.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. Rev Panam Salud Publica. Internet. 2016 [Consultado el 19 de enero de 2021];39(3):166–73. Disponible en: [https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v39n3/166-173#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,a%20la%20comunidad%20\(1\).](https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v39n3/166-173#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,a%20la%20comunidad%20(1).)
2. Fernández Barrio E, Quesada González C. Manual del Residente en Psiquiatría [Internet]. España;2009. [Consultado el 19 de enero de 2021]. Disponible en: [http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Manual\\_Residente\\_Psiquiatr%C3%ADa2.pdf](http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Manual_Residente_Psiquiatr%C3%ADa2.pdf)
3. Omaña R. Estudio sobre la depresión según la Encuesta Nacional de Salud: 1995-2003. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2008. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/8708/1/T30801.pdf>
4. Bas Sarmiento P, Gala León F. J, Gómez Sanabria C, González Rodríguez R, Gala León J. Estilos de vida y enfermedad [Internet]. [Consultado el 19 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Francisco\\_Gala/publication/323738024\\_ESTILOS\\_DE\\_VIDA\\_Y\\_ENFERMEDAD/links/5aa822cfaca2726f41b16867/ESTILOS-DE-VIDA-Y-ENFERMEDAD.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Gala/publication/323738024_ESTILOS_DE_VIDA_Y_ENFERMEDAD/links/5aa822cfaca2726f41b16867/ESTILOS-DE-VIDA-Y-ENFERMEDAD.pdf)
5. Ledermann W. Una mirada crítica sobre la medicina en el Antiguo Egipto. Revista Chilena Infectol [Internet].2016 [Consultado el 19 de enero de 2021];33(6): 680-685. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v33n6/art11.pdf>
6. Güemez-Sandoval E. El papiro de Ebers y la oftalmología. Revista Mexicana de Oftalmología [Internet]. Marzo-abril 2009 [Consultado el 18 de enero de 2021];83(2): 123-125. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexoft/rmo-2009/rmo092p.pdf>
7. Anagnostopoulos D, Christodoulou G, Christodoulou N, Ploumpidis D. The state of psychiatry in Greece. International Review of Psychiatry [Internet]. 2012 [Consultado el 19 de enero de 2021];24(4): 301-306. DOI: 10.3109/09540261.2012.691874

8. Salaverry O. La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2012 [Consultado el 19 de enero de 2021];29(1): 143-148. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2012.v29n1/143-148/es/>
9. Pichot P. Hipócrates, Aristóteles, Galeno y la Psiquiatría Antigua. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [Internet]. 1979 [Consultado el 19 de enero de 2021]; 2(4). Disponible en: [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/47/47](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/47/47)
10. González de Rivera J.L. Evolución histórica de la Psiquiatría. Psiquis [Internet]. 1998 [Consultado el 19 de enero de 2021];19(5): 183-200. Disponible en: [http://www.psicoter.es/art/98\\_A155\\_02.pdf](http://www.psicoter.es/art/98_A155_02.pdf)
11. López-Ibor J.J. La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. Actas Españolas de Psiquiatría [Internet]. 2008 [Consultado el 19 de enero de 2021];36(1): 1-9. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-1-9-857704.pdf>
12. Aztarain J. Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra, 1868-1954 [Internet]. España; 2005 [Consultado el 20 de enero de 2021]. Chapter, La asistencia psiquiátrica anterior al siglo XVII; 27-40. Disponible en: [http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487-299EF1C5EC36/146458/antes\\_XIII.pdf](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487-299EF1C5EC36/146458/antes_XIII.pdf)
13. Enriquez-Estrada V, Palomares-Ramos K. Pinel el reformador de la psiquiatría, remover las cadenas a los locos, ¿verdad o mito? [Internet]; 2020 [Consultado el 20 de enero de 2021]. DOI: [10.13140/RG.2.2.20716.18560](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20716.18560)
14. Huertas R. Between doctrine and clinical practice: nosography and semiology in the work of Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840). History of Psychiatry [Internet]. 2008 [Consultado el 20 de enero de 2021];19(2): 123-140. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/23762796\\_Between\\_doctrine\\_and\\_clinical\\_practice\\_Nosography\\_and\\_semiology\\_in\\_the\\_work\\_of\\_Jean-Etienne-Dominique\\_Esquirol\\_1772-1840](https://www.researchgate.net/publication/23762796_Between_doctrine_and_clinical_practice_Nosography_and_semiology_in_the_work_of_Jean-Etienne-Dominique_Esquirol_1772-1840)
15. Merguel B. Diseño Instruccional y Teoría del Aprendizaje. Universidad de Saskatchewan; 1998 [Consultado el 21 de enero de 2021]. Disponible en: [https://cursa.ihmc.us/rid=1276970728093\\_63123523\\_16905/Diseño-Instruccional-y-teoria-a-prendizaje.pdf](https://cursa.ihmc.us/rid=1276970728093_63123523_16905/Diseño-Instruccional-y-teoria-a-prendizaje.pdf)

16. Yela M. La evolución del Conductismo. *Psicothema* [Internet]. 1996 [Consultado el 21 de enero de 2021];8: 165-186. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72780408.pdf>
17. Ardilla R. Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 2013 [Consultado el 21 de enero de 2021]; 45(2): 315-319. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80528401013.pdf>
18. Gabay PM. Recovery. A new paradigm for psychiatry. *Vertex* [Internet]. Julio 2012 [Consultado el 21 de enero de 2021];22(100): 454-461. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Pablo\\_Gabay/publication/229162635\\_Recovery\\_A\\_new\\_paradigm\\_for\\_psychiatry/links/56bcc2d608aed6959945ab4a.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Gabay/publication/229162635_Recovery_A_new_paradigm_for_psychiatry/links/56bcc2d608aed6959945ab4a.pdf)
19. Monsalve Hernández M. La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* [Internet]. 2017 [Consultado el 22 de enero de 2021];37 (131). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352017000100010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010)
20. Guinea R. Rehabilitación psicosocial, perspectivas en el mundo. *Tramas* 43 [Internet]. 2015 [Consultado el 22 de enero de 2021];13-39. Disponible en: <https://tramasojs.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/748/743>
21. NNN Consult [Internet]. [Consultado el 22 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
22. Fortún M, García Vera M.P, Sanz J. EL “Inventario de ansiedad de beck” (bai): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos”. *Psicología Conductual* [Internet]. 2012 [Consultado el 5 de febrero de 2021]; 20(3):563-583. Disponible en: [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Sanz\\_20-3oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Sanz_20-3oa-1.pdf)
23. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959 [Consultado el 5 de febrero de 2021]; 32: 50-55. Disponible en: <https://www.gestalt.cl/web/wp-content/uploads/2019/10/Hamilton-instructivo.pdf>
24. Campodónico N. La delimitación de la clínica de las fobias a partir de los cambios introducidos por el contexto cultural del siglo XXI. *Perspectivas en psicología* [Internet]. Noviembre 2014 [Consultado el 22 de enero de 2021];11(2): 75-82.

- Disponible en:  
<http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/195/97>
25. Caponi S. Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. *Scientiae Studia* [Internet]. 2009 [Consultado el 22 de enero de 2021];7(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1678-31662009000300004>
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Internet]. Tercera edición. Estados Unidos; 1980 [Consultado el 22 de enero de 2021]. Disponible en: [https://drive.google.com/file/d/16\\_tLsL38MIyHPHOv3gfdjaCFBSUQzQok/view](https://drive.google.com/file/d/16_tLsL38MIyHPHOv3gfdjaCFBSUQzQok/view)
27. American Psychiatric Association. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos de DSM-5* [Internet]. Estados Unidos; 2013 [Consultado el 22 de enero de 2021]. Disponible en: <https://docs.google.com/file/d/0B08c1LEUictRN2dVUGNKTHNxaXc/edit>
28. Bados A. Fobia social. Naturaleza, evolución y tratamiento [Internet]. España; 2009 [Consultado el 1 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.trastornoevitacion.com/images/pdf/FOBIA%20SOCIAL%20-%20naturaleza-evaluacion-y-tratamiento-Arturo%20Bados.pdf>
29. Bravo Calderón M, Padrós Blázquez F. Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo-conductual. *Uaricha* [Internet]. 2014 [Consultado el 1 de febrero de 2021];11(24): 134-147. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/303937124\\_Modelos\\_explicativos\\_de\\_la\\_fobia\\_social\\_Una\\_aproximacion\\_cognitivo-conductual\\_Explanatory\\_models\\_of\\_social\\_phobia\\_An\\_approach\\_cognitive-behavioral](https://www.researchgate.net/publication/303937124_Modelos_explicativos_de_la_fobia_social_Una_aproximacion_cognitivo-conductual_Explanatory_models_of_social_phobia_An_approach_cognitive-behavioral)
30. AEPNYA. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. *Trastorno de ansiedad, fobia social, fobias específicas, trastorno de pánico*. 2008. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trastornos\\_de\\_ansiedad.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trastornos_de_ansiedad.pdf)
31. Caballo V.E. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid. 2007. Disponible en: <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/CaballoV.-Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicol%C3%B3gicos-Vol.2-ebook.pdf>

32. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. España; 2011 [Consultado el 6 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2011/05/11/spi1356>
33. Brown N.J, Eby L. Cuidados de Enfermería en Salud Mental [Internet]. 2ª Edición;2010 [Consultado el 6 de febrero de 2021]. Disponible en: [https://www.academia.edu/36459488/Cuidados\\_de\\_enfermer%C3%ADa\\_en\\_salud\\_mental\\_2da\\_Edic%C3%B3n\\_Linda\\_Eby\\_y\\_Nancy\\_J\\_Brown](https://www.academia.edu/36459488/Cuidados_de_enfermer%C3%ADa_en_salud_mental_2da_Edic%C3%B3n_Linda_Eby_y_Nancy_J_Brown)
34. Cibanal Juan M.L. A propósito de la especialidad en Enfermería en Salud Mental. Revista Española de Sanidad Penitenciaria [Internet].2007 [ Consultado el 5 de febrero de 2021];9:34-37. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v9n2/editorial.pdf>
35. Esguerra de Cárdenas I. Rol del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatra. Avances en Enfermería [Internet]. 1991 [Consultado el 5 de febrero de 2021];9(1): 28-31. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/30499/16731-52397-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Bertolote JM. Raíces del concepto de salud mental. World Psychiatry [Internet]. Septiembre 2008 [Consultado el 6 de febrero de 2021];6:2. Disponible en: <https://es.slideshare.net/titovitor/races-del-concepto-de-salud-mental>
37. Siles J et al. De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental. Cultura de los cuidados [Internet]. 1º semestre 2001 [Consultado el 22 de febrero de 2021];(9): 27-33. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5050/1/CC\\_09\\_06.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5050/1/CC_09_06.pdf)
38. Quintairos S. De practicante a la enfermera. 150 años de desarrollo profesional: el papel de los colegios profesionales. [Tesis doctoral]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2008. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/5666>
39. AEESME. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental [Internet]. España;2019 [Consultado el 6 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.aeesme.org/aeesme/hildegard-elizabeth-peplau/>
40. Nance D. El modelo Tidal: Una alternativa para la enfermería psiquiátrica. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2019 [Consultado el 6 de febrero de

- 2021];(5): 284-294. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/100871/1/CultCuid\\_55-283-294.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/100871/1/CultCuid_55-283-294.pdf)
41. Huizing E. Recuperación y Enfermería de Salud Mental.Presencia [Internet].2011 [Consultado el 6 de febrero de 2021];7(14). Disponible en: [https://www.redallado.es/pluginfile.php/167/mod\\_page/content/9/PS%2B17\\_Rcuperaci%C3%B3n%20y%20Enfermer%C3%ADa%20de%20Salud%20Mental.pdf](https://www.redallado.es/pluginfile.php/167/mod_page/content/9/PS%2B17_Rcuperaci%C3%B3n%20y%20Enfermer%C3%ADa%20de%20Salud%20Mental.pdf)
42. Organización mundial de la Salud.Acerca de la OMS [Internet].[Consultado el 19 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/about/es/>
43. Akün E. Relations among adults' remembrances of parental acceptance–rejection in childhood, self-reported psychological adjustment, and adult psychopathology. Comprehensive Psychiatry [Internet].2017 [Consultado el 24 de febrero de 2021];77: 27-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.05.002>
44. Tillfors M, Trost K, Van Zalk N. Mothers' and Fathers' Worry and Over-Control: One Step Closer to Understanding Early Adolescent Social Anxiety. Child Psychiatry Hum Dev [Internet].2018 [Consultado el 24 de febrero de 2021];46(6):917-927.DOI: [10.1007/s10578-018-0807-7](https://doi.org/10.1007/s10578-018-0807-7)
45. Ding X-X, Sung Y-H et al. The risk and protective factors in the development of childhood social anxiety symptoms among Chinese children. Psychiatry Research [Internet].2016 [Consultado el 24 de febrero de 2021];249:103-109.Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.046>
46. Chavira D.A, Lau A, Rapp A.M. Differential associations between Social Anxiety Disorder, family cohesion, and suicidality across racial/ethnic groups: Findings from the National Comorbidity Survey-Adolescent (NCS-A). Journal of Anxiety Disorders[Internet]. 2017 [Consultado el 26 de febrero de 2021];28:13-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.009>
47. Abbott M, Norton A.R. Bridging the Gap between Aetiological and Maintaining Factors in Social Anxiety Disorder: The Impact of Socially Traumatic Experiences on Beliefs, Imagery and Symptomatology. Clin Psychol Psychother[ Internet].2017[Consultado el 24 de febrero de 2021];24(3): 747-765. DOI: [10.1002/cpp.2044](https://doi.org/10.1002/cpp.2044)

48. Davis M, Jones A et al. Still lonely: Social adjustment of youth with and without social anxiety disorder following cognitive behavioral therapy. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2017 [Consultado el 26 de febrero de 2021];52:72-78. DOI: [10.1016/j.janxdis.2017.10.005](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.005)
49. Blechert J, Reichenberg J. Malaise with praise: A narrative review of 10 years of research on the concept of Fear of Positive Evaluation in social anxiety. *Depress Anxiety* [Internet]. 2018 [Consultado el 24 de febrero de 2021];35(12):128-138. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/da.22808>
50. Ellington E, Smith-Schrandt H.L. Unable to speak Selective Mutism in Youth. *Psychosoc Nurs Ment Health Serv* .[Internet]. 2018[Consultado el 24 de febrero de 2021];56(2):14-18. DOI: [10.3928/02793695-20180122-04](https://doi.org/10.3928/02793695-20180122-04)
51. Ocakci A.F ,Kadioglu H, Sezici E. Use of Play Therapy in Nursing Process: A Prospective Randomized Controlled Study. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2017 [Consultado el 28 de febrero de 2021];49(2): 162-169. DOI: [10.1111/jnu.12277](https://doi.org/10.1111/jnu.12277)
52. Diaz-Martin A, González-Carpio O. Seguimiento a pacientes con diagnóstico enfermero NANDA: baja autoestima situacional, en la consulta de Atención Primaria. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2013[Consultado el 26 de febrero de 2021];23(5):196-202. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.08.003>
53. Coheen L.M, DeMarree K, Watson N.L. Cigarette craving and stressful social interactions: The roles of state and trait social anxiety and smoking to cope. *Drug Alcohol Depend*. 2018 [Consultado el 26 de febrero de 2021];185:75-81. DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2017.11.037](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.11.037)
54. Blumenthal H, Cloutier R, Mischel E.R. An Examination of Social Anxiety in Marijuana and Cigarette Use Motives Among Adolescents. *Subs Use Misuse* [ Internet]. 2016[Consultado el 28 de febrero de 2021];51(3):408-418. DOI: [10.3109/10826084.2015.1110174](https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1110174)
55. Coheen L.M, DeMarree K, Watson N.L. Cigarette craving and stressful social interactions: The roles of state and trait social anxiety and smoking to cope. *Drig Alcohol Depend*. 2018 [Consultado el 26 de febrero de 2021];185: 75-81. DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2017.11.037](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.11.037)
56. Darcin A.E, Kose S et al. Smartphone addiction and its relationship with social anxiety and loneliness. *Behaviour and Information Technology*



- [Internet].2016 [Consultado el 26 de febrero de 2021];35(7):1-6. DOI: [10.1080/0144929X.2016.1158319](https://doi.org/10.1080/0144929X.2016.1158319)
57. Chavira D.A, Lau A, Rapp A.M. Differential associations between Social Anxiety Disorder, family cohesion, and suicidality across racial/ethnic groups: Findings from the National Comorbidity Survey-Adolescent (NCS-A). *Journal of Anxiety Disorders* [Internet].2017 [Consultado el 26 de febrero de 2021];28:13-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.009>
58. Brown M.A, Hirsch C.R et al. Constructing a self: The role of self-structure and self-certainty in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy* [Internet].2010 [Consultado el 26 de febrero de 2021];48(10): 955-965. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.028>
59. Karin G.C, Pallavi A, Stanley S. Emotion Differentiation as a Protective Factor Against the Behavioral Consequences of Rumination: A Conceptual Replication and Extension in the Context of Social Anxiety. *Behavior Therapy* [Internet].2020 [Consultado el 28 de febrero de 2021];51(1):135-148. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.011>
60. Svavarsdottir E.K, Sveinbjarnardottir E.K. Drawing forward family strengths in short therapeutic conversations from a psychiatric nursing perspective. *Perspect Psychiatr Care* [Internet].2019 [Consultado el 28 de febrero de 2021];55(1):126-132. DOI: [10.1111/ppc.12329](https://doi.org/10.1111/ppc.12329)
61. Ahn J-K, Lee H, Knon J-H. Effects of Self-Image on Anxiety, Judgement Bias and Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.2018[ Consultado el 28 de febrero de 2021];47(1): 81-94. DOI: [10.1017/S135246581800022X](https://doi.org/10.1017/S135246581800022X)
62. Welfare-Wilson A. A CBT-based anxiety management workshop in first-episode psychosis. *British Journal of nursing* [Internet]. 2015 [Consultado el 28 de febrero de 2021];24(7): 378-382. Disponible en:  [\(PDF\) A CBT-based anxiety management workshop in first-episode psychosis \(researchgate.net\)](https://www.researchgate.net/publication/309111111)
63. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. 9ª edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.

## 12.ANEXOS:

Nombre del artículo	Autores	Lugar y año	Diseño del estudio	Muestra	Principales hallazgos
Emotion Differentiation as a Protective Factor Against the Behavioral Consequences of Rumination: A Conceptual Replication and Extension in the Context of Social Anxiety.	Stanley Seah, Pallavi Aurora, Karin G. Coifman.	Estados Unidos, 2020.	Dos estudios longitudinales	Estudio 1: Muestra inicial: 69 /Muestra final: 54 Características de la muestra: 31 personas diagnosticadas con fobia social y 23 sin problemas de salud mental conocidos. Estudio 2: Muestra inicial: 216 /Muestra final:193 Características de la muestra: estudiantes universitarios mayores de 18 años.	La gente que padece fobia social tiende a tener una actitud de rumiación que a su vez aumenta la propia fobia social. La capacidad de detectar las emociones negativas es un factor protector ya que reduce la rumiación, así como el desarrollo de otras patologías. A la hora de tratar la fobia social es interesante aumentar la capacidad de los pacientes para detectar las emociones negativas que experimentan en los acontecimientos estresantes.
Drinking Problems and Social Anxiety among Young Adults: The Roles of Drinking to Manage Negative and Positive Affect in Social Situations.	Julia D. Buckner, Elizabeth M. Lewis, Katherine A. Walukevich.	Estados Unidos,2019.	Estudio transversal.	Muestra inicial: 1009 Muestra final: 536 Características de la muestra: 174 pacientes diagnosticados de un trastorno de ansiedad social elevada. 362 pacientes diagnosticados de un trastorno de ansiedad social leve.	El consumo de alcohol en las personas con ansiedad social se suele producir para disminuir los efectos negativos de la interacción social, así como para aumentar los positivos. A la hora de tratar este tipo de adicción los profesionales sanitarios pueden centrarse en solucionar la ansiedad que provoca el alcoholismo, enseñando estrategias de afrontamiento a los pacientes.

Nombre del artículo	Autores	Lugar y año	Diseño del estudio	Muestra	Principales hallazgos
Drawing forward family strengths in short therapeutic conversations from a psychiatric nursing perspective.	Eydis Kristin Sveinbjarnar dottir, Erla Kolbrun Svavarsdottir.	Islandia, 2018.	Estudio de caso.	Muestra inicial:1 Muestra final: 1 Características de la muestra: Hombre de 23 años con un trastorno psicótico delirante y adicción al alcohol y a las drogas.	La enfermera de salud mental es la encargada de realizar una intervención familiar usando la comunicación terapéutica, técnicas psicoeducativas y terapia cognitivo-conductual para aumentar la cohesión de la familia de personas con problemas de salud mental y de esta manera mejorar tanto el estado de salud del enfermo como de la unidad familiar.
Unable to Speak Selective Mutism in Youth.	Heather L. Smith-Schra n dt, Erin Ellington.	Estados Unidos, 2018.	Estudio de casos.	Muestra inicial:2 Muestra final:2 Características de la muestra: Adolescente 16 años. Niño 6 años.	El mutismo selectivo es un factor de riesgo para el desarrollo de fobia social ya que los niños que lo sufren desarrollan menos habilidades sociales. Es muy importante la prevención y el diagnóstico temprano para poder elegir la intervención más adecuada. Las intervenciones pueden ser una exposición sistemática al estímulo que causa el mutismo, mejorar las estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación o el uso del juego y la tecnología para mejorar las habilidades sociales. Las enfermeras de salud mental tienen un papel fundamental en la detección y el tratamiento del mutismo selectivo.

Nombre del artículo	Autores	Lugar y año	Diseño del estudio	Muestra	Principales hallazgos
Cigarette craving and stressful social interaction: The roles of state and trait social anxiety and smoking to cope.	Noreen L. Watson, Kenneth G. DeMarree, Lee M. Cohen.	Estados Unidos, 2018	No especifica.	Muestra inicial: 84 Muestra final: 60 Características de la muestra: Fumadores diarios entre 18 y 30 años.	Los fumadores con fobia social severa que fuman para afrontar los síntomas de la enfermedad tienen más riesgo de seguir fumando o recaer debido a la necesidad que surge por el estrés producido en las situaciones sociales. Los sentimientos negativos que les originan las situaciones de interacción social se reducen bastante al fumar, por ello fuman en muchas ocasiones.
Malaise with praise: A narrative review of 10 years of research on the concept of Fear of Positive Evaluation in social anxiety.	Julia Reincherberg er, Jens Blecher.	2018	Revisión bibliográfica	Muestra inicial:95 Muestra final: 79 Características de la muestra: Niños de 4 a 5 años que estén en la guardería que no tuviesen discapacidades auditivas y orales.	La opinión que puedan tener otras personas hacia los pacientes que presentan fobia social constituye un factor de riesgo para el desarrollo de la misma. Tanto los pensamientos negativos por parte de los demás hacia uno mismo como el miedo por no cumplir las expectativas influyen en el desarrollo de la fobia social, así como de los problemas mentales derivados de la misma que son: depresión, trastornos de la alimentación y abuso de sustancias.
Effects of Self-Image on Anxiety, Judgement Bias and Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder	Hannah Lee, Jung-Kwan g Ahn, Jung-Hye Kwon	Corea, 2018.	Ensayo clínico aleatorizado.	Muestra Inicial:172 Muestra final: 42 Características de la muestra: 10 hombres y 32 mujeres. Con una edad media de 22 años. Diagnosticados con fobia social.	A los pacientes a los que se les enseñaba una imagen positiva de ellos mismos reducían su nivel de fobia social y además conseguía que los mismos comenzaran a trabajar para aumentar su autoestima. Utilizar estrategias de regulación emocional es útil para reducir la ansiedad de aquellos que tienen una imagen positiva de ellos mismos. Mejorar la autoimagen puede ser una intervención prometedora para el tratamiento de la fobia social.

Nombre del artículo	Autores	Lugar y año	Diseño del estudio	Muestra	Principales hallazgos
Mothers' and Fathers's Worry and Over-control: One Step Closer to Understanding Early Adolescent Social Anxiety.	Nejra Van Zalk Maria Tillfors Kari.	2018.	Estudio Longitudinal basado en la comunidad.	Muestra inicial: 1841 Muestra final: 1538 Características de la muestra: 982 adolescentes.	La sobreprotección parental es un factor de riesgo para el desarrollo de la fobia social. La preocupación parenteral no es un factor de riesgo. Los síntomas de fobia social se prolongan más en el tiempo en las chicas que en los chicos Los niños con fobia social desarrollan menos su vida social y controlan peor sus emociones.
Bridging the Gap between Aetiological and Maintaining Factors in Social Anxiety Disorder: The Impact of Socially Traumatic Experiences on Beliefs, Imagery and Symptomatology.	Alice R. Norton, Maree J. Abbott.	Australia, 2017.	Estudio de autoinforme retrospectivo.	Muestra inicial:- Muestra final:40 Características de la muestra: Con una media de edad de 20 años. 35 son mujeres. Diagnosticados de fobia social.	La discriminación entre pares es el trauma que más influencia en la aparición de fobia social. Asimismo, la discriminación entre pares puede aumentar los síntomas de ansiedad social y las creencias negativas sobre uno mismo. Los traumas físicos, psicológicos y sexuales también influyen en el desarrollo de la fobia social, pero en menor medida que lo anterior.
Differential associations between Social Anxiety Disorder, family cohesion, and suicidality across racial ethnic groups: Findings from the National Comorbidity Survey-Adolescent (NCS-A).	Amy M. Rapp, Anna Lau, Denise A. Chavira.	Estados Unidos, 2017.	Estudio cualitativo: entrevista	Muestra inicial: 10148 Muestra final: 7543 Característica de la muestra: Adolescentes entre 13-18 años	La cohesión familiar es un factor de riesgo a la hora de desarrollar fobia social y una consecuencia de esta. Esta falta de cohesión puede llevar a un sentimiento de aislamiento que aumente el riesgo de suicidio. La fobia social por si sola también aumenta este riesgo y si además existe una comorbilidad con una depresión mayor este riesgo aumenta. Los profesionales sanitarios tienen un papel importante en la detección de los factores de riesgo

Nombre del artículo	Autores	Lugar y año	Diseño del estudio	Muestra	Principales hallazgos
Relations among adults' remembrances of parental acceptance-rejection in childhood self-reported psychological adjustment and adult psychopathology.	Ebru Akün.	Turquía, 2017.	Estudio retrospectivo transversal y correlacional.	Muestra inicial: 610 Muestra final: 251 Características de la muestra: Pacientes divididos en tres grupos: pacientes diagnosticados de esquizofrenia, pacientes diagnosticados de fobia social y pacientes sin diagnóstico conocido.	Los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la fobia social que se encontraron en el estudio fueron Rechazo por parte de la madre y Sobreprotección por parte del padre. Estas malas relaciones familiares aumentan la falta de autoestima en los pacientes con fobia social. A la hora de abordar la fobia social no solo hay que centrar el tratamiento en los síntomas clínicos, sino que también hay que tener en cuenta la existencia de los factores de riesgo descritos anteriormente para aumentar la calidad y la eficacia de los cuidados prestados.
Still lonely: Social adjustment of youth with and without social anxiety disorder following cognitive behavioral therapy.	Cynthia Suveg, Julie Newman Kingery, Molly Davis, Anna Jones, Monica Whitehead, Marni L. Jacob.	Estados Unidos, 2017.	Ensayo clínico aleatorizado.	Muestra inicial: 92 Muestra final: 92 Características de la muestra: Niños entre 7 y 12 años con un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada fobia social y trastorno de Ansiedad por Separación y sus padres con edades entre 26 y 54 años.	Los niños que presentan fobia social tienen una mayor experiencia de soledad y victimización por parte de sus compañeros. La soledad exacerba los síntomas de ansiedad y puede producir depresión e ideas suicidas. La victimización por parte de los compañeros se reduce cuando los niños con fobia social no presentan síntomas externos de ansiedad. Por lo que es recomendable que sean capaces de controlar este tipo de manifestaciones, para conseguir esto son eficaces las terapias cognitivo-conductuales.

Nombre del artículo	Autores	Lugar y año	Diseño del estudio	Muestra	Principales hallazgos
Use of play Therapy in Nursing Process: A prospective Randomized Controlled Study.	Emel Sezici, Ayse Ferda Ocakci, Hasibe Kadioglu.	Turquía, 2016.	Estudio Prospectivo aleatorizado y controlado. De simple ciego.	Muestra inicial:95 Muestra final: 79 Características de la muestra: Niños de 4 a 5 años que estén en la guardería que no tuviesen discapacidades auditivas y orales.	La terapia de juego es útil para que los niños desarrollen habilidades de afrontamiento, en la resolución de problemas, así como habilidades sociales. También ayuda al aumento de su autoestima, control de las emociones y reducción de los niveles de ansiedad. Este tipo de terapia es una intervención que puede ser realizada por enfermeras.
An Examination of Social Anxiety in Marijuana and Cigarette Use Motives among Adolescent.	Renee Cloutier, Heidemarie Blumenthal, Emily R Mischel.	Estados Unidos, 2016	Estudio retrospectivo transversal	Muestra inicial: 101 Muestra final: 56 Características de la muestra: Adolescentes entre 12 y 17 años (23 chicas 33 chicos).	En un primer momentos los adolescentes que consumen marihuana y tabaco no lo hacen para mejorar sus relaciones sociales, pero con el paso del tiempo cuando el consumo se vuelve más frecuente se dan cuenta de que estas sustancias les ayudan a mejorar sus estrategias de afrontamiento y las comienzan a consumir con el objetivo de paliar los efectos de la fobia social.
The risk and protective factors in the development of childhood social anxiety symptoms among Chinese children.	Yi-Le Wu, Xue Zhao, Yi-Feng Li, Xiu-Xiu Ding, Hui-Yun Yang, Peng Bi.	China, 2016.	Estudio prospectivo longitudinal con tres evaluaciones.	Muestra inicial: 1047 Muestra en la segunda evaluación: 914 Muestra en la tercera evaluación: 816 Características de la muestra: Niños de escuelas de primaria y secundaria (3º,4º,7º grado).	Los síntomas de la fobia social están asociados con: mayor edad, problemas familiares, estilos de afrontamiento, bajos niveles de autoestima y comorbilidad con síntomas depresivos. Para evitar el desarrollo de la fobia social es muy importante identificar aquellos niños que tienen un alto riesgo de desencadenarla para así ayudarles a adquieran estrategias de afrontamiento positivas y sean capaces de ponerlas en práctica cuando se encuentren ante un estímulo que les produzca ansiedad.

Nombre del artículo	Autores	Lugar y año	Diseño del estudio	Muestra	Principales hallazgos
A CBT-based anxiety management workshop in first-episode psychosis.	Alison WelfareWilson, Amy Jones.	Reino Unido, 2015.	Estudio con tres fases en un único centro. Comprende un taller piloto, un taller educativo y una serie de talleres de 3 días de manejo de la ansiedad.	Muestra inicial:- Muestra final: 12 Características de la muestra: 8 mujeres y hombres con edades comprendidas entre 16-63 años.	El nivel de ansiedad social de los pacientes se redujo con la realización de los talleres dirigidos por las enfermeras de salud mental. Los pacientes encontraron especialmente efectivos los talleres que incluyen la enseñanza de estrategias de afrontamiento. La mejor opción de tratamiento fue el uso concomitante de la psicoeducación y la terapia cognitivo conductual para reducir los síntomas de ansiedad.
Seguimiento a pacientes con diagnóstico enfermero NANDA: baja autoestima situacional en la consulta de Atención primaria.	Alicia Díaz-Martin, Óscar González-Carpio Paredes.	España, 2013.	Estudio observacional retrospectivo, tipo serie de caso.	Muestra inicial: 342 Muestra final: 342 Características de la muestra: Planes de cuidados con diagnóstico enfermero Baja Autoestima Situacional ( en adelante BAS) y que tengan cumplimentadas todas las etapas del proceso enfermero.	En la población comprendida entre los 20 y 39 años de edad el problema que causa principalmente BAS es la ansiedad. Las enfermeras están consiguiendo una mayor resolución de problemas psicosociales. Se deben profundizar en conocimientos psicosociales y habilidades de comunicación para dar respuesta a los problemas psicosociales planteados.
Constructing a self: The role of self-structure and self-certainty in social anxiety.	Lusia Stopa, Mike A. Brown, Michelle A. Luke, Colette R. Hirsch.	Reino Unido, 2010.	Estudio correlacional.	Muestra inicial: 98 Muestra final: 98 Características de la muestra: estudiantes de grado (70 chicas y 28 chicos) entre 18 y 57 años).	La fobia social va acompañada de un bajo nivel de autoconocimiento además de una baja autoestima. Esta baja autoestima hace que los pacientes con fobia social tengan pensamientos negativos acerca de su habilidad para conseguir los objetivos sociales deseados, aumentando en ellos la creencia de que las relaciones sociales tendrán resultados negativos.

*Anexo I. Artículos seleccionados y sus características. Elaboración propia.*